

**3. Ergänzungsvereinbarung zum  
Vertrag nach § 73 c SGB V  
über die Durchführung eines  
ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens**

**i. d. F. vom 30. Dezember 2009 zuletzt geändert mit der  
2. Ergänzungsvereinbarung vom 1. April 2014**

**Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin**

*(nachstehend als KV bezeichnet)*

und der

**Techniker Krankenkasse  
Bramfelder Straße 140  
22305 Hamburg**

*(im Folgenden als Krankenkasse bezeichnet)*

## Präambel

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder vertreten die Auffassung, dass die Regelungen des § 2 Abs. 3 des Vertrages nach § 73 c a. F. SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens nicht im Einklang mit den gesetzlichen Regelungen stehen.

Die Teilnahmeerklärung des Versicherten entspricht hinsichtlich der Belehrung über das Widerrufsrecht nicht § 3 der Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes gemäß § 217f Abs. 4a SGB V.

Der Verbleib der Teilnahmeerklärung des Versicherten in der Arztpraxis ist nicht ausreichend.

In Abänderung des Vertrages nach § 73 c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorgeverfahrens in der Fassung vom 30. Dezember 2009, der Ergänzungsvereinbarung in der Fassung vom 27. August 2013 sowie der 2. Ergänzungsvereinbarung in der Fassung vom 1. April 2014 treffen die Vertragspartner die nachfolgenden Regelungen zur Anpassung des Vertrages:

### I

#### Neuregelung der Teilnahmevoraussetzungen

§ 2 Abs. 3 wird durch folgenden Satz ersetzt:

Die von den Patienten unterzeichnete Teilnahmeerklärung in ihrer jeweils geltenden Fassung wird von den zur Durchführung berechtigten Vertragsärzten bzw. von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin quartalsweise, spätestens im dem Quartal, das auf die Untersuchung folgt, per Post übermittelt.

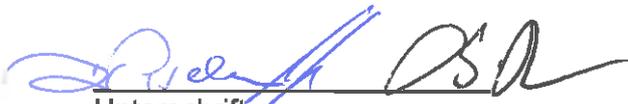
Die beigegefügte Anlage "Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung" ersetzt die bisherige Anlage "Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung".

### II

#### Inkrafttreten und Kündigung

1. Diese Ergänzungsvereinbarung tritt zum 1. Oktober 2015 in Kraft.
2. Diese Ergänzungsvereinbarung endet mit dem Wirksamwerden der Kündigung des Hauptvertrages.

Berlin, den *23. 09. 2015*  
Kassenärztliche Vereinigung Berlin

  
Unterschrift

Berlin, den  
Techniker Krankenkasse  
Landesvertretung Berlin/Brandenburg

  
Unterschrift

Hamburg, den  
Techniker Krankenkasse  
Hauptverwaltung

  
Unterschrift

# Besondere ambulante ärztliche Versorgung



Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für das TK-Angebot „Besondere ambulante ärztliche Versorgung“ interessieren. Hier erfahren Sie mehr darüber und wie Sie daran teilnehmen können.

## Mehr als der Standard

Die Techniker Krankenkasse bietet Ihnen für Ihre Behandlung eine besondere Versorgung an. Ihr behandelnder Arzt hat mit der TK dafür eine vertragliche Regelung im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung geschlossen.

Die ambulante Versorgung erfolgt durch ausgewählte Ärzte, die besondere Qualifikationsvoraussetzungen erfüllen. Sie stellen die notwendigen Behandlungen schnell und auf hohem medizinischem Niveau sicher. Die Behandlung erfolgt nach anerkannten wissenschaftlichen Leitlinien.

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen entstehen Ihnen keine zusätzlichen Kosten.

## Mehr Qualität

Um eine hohe Behandlungsqualität sicherzustellen, binden Sie sich an die am Vertrag teilnehmenden Ärzte. Diese Arztbindung bezieht sich auf die Leistungsinhalte, welche im Vertrag geregelt sind. Durch die Auswahl qualifizierter Ärzte wird Ihre ärztliche Versorgung effektiver. Über die Inhalte bzw. vertraglichen Leistungen informiert Sie Ihr Arzt.

## Hochwertige Behandlung

Durch die Teilnahme erhalten Sie eine qualitativ hochwertige Behandlung, die auf Ihre Interessen und Bedürfnisse ausgerichtet ist. Alle Leistungsinhalte werden Ihnen verständlich und ausführlich erläutert.

## Genau dokumentiert - bestens informiert

Bei der Behandlung erheben die Ärzte einige Daten von Ihnen. Diese Daten gehören zur gängigen medizinischen Dokumentation und dienen dazu, die Qualität der Therapie zu sichern. Alle beteiligten Ärzte können sie abrufen und nutzen. Sie unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht.

Manchmal werden dazu die Daten bei einer Dokumentationsstelle gespeichert. Alle Beteiligten können sich gut und schnell untereinander abstimmen. Ihre Daten sind gut geschützt und werden streng vertraulich behandelt. Die TK hat keinen Zugriff auf die medizinische Dokumentation.

## Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Ärzte beauftragen eine andere Stelle mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Umseitig erhalten Sie Informationen, welche Daten von den Leistungserbringern zu diesem Zwecke an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Soweit Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

## Qualitätssicherung durch die TK

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Um die Erfüllung des besonderen Versorgungsangebotes durch die Fachärzte zu prüfen, behält sich die TK die Möglichkeit der Einsicht in die Abrechnungsdaten vor. Falls Ihre Behandlung zum Zweck der Qualitätssicherung ausgewertet wird, erfolgt dies mit anonymisierten Daten. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt. Deshalb können Sie sicher sein: Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

## Ihre Meinung zählt!

Um fortwährend die Behandlungsqualität unserer besonderen Versorgungsangebote beurteilen zu können, führen wir regelmäßig Befragungen zur "Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung" durch.

## So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Rückseite. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der umseitigen Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der TK widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen absenden. Die Teilnahme an dem Vertrag kann jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende gekündigt werden.

## Hier erfahren Sie mehr

Falls Sie Fragen haben, beraten wir Sie gern persönlich unter der Servicenummer 0800 - 285 85 85 (gebührenfrei innerhalb Deutschlands).

Weitere Informationen über die besondere ambulante ärztliche Versorgung oder weitere Angebote für Ihre Erkrankung erhalten Sie bei Ihrem Arzt und unter [www.tk.de](http://www.tk.de).

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

per Telefax an: **040 - 28 80 85-598**

oder per Post an:

Techniker Krankenkasse  
Stichwort „73c“  
22291 Hamburg

Vertragsnummer:

## Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung

für

### Ja, ich möchte an der „Besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ teilnehmen

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung behandelt werden. Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt. Meine Teilnahmeerklärung wird an die Techniker Krankenkasse übermittelt.

### Ich wurde informiert

Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes, die Bindungsfrist an das Angebot sowie über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Ärzten können mir die daraus entstehenden Mehrkosten auferlegt werden. Mit der Behandlung durch die beteiligten Ärzte bin ich einverstanden. Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen. Ich wurde über die Möglichkeit des Widerrufs meiner Teilnahmeerklärung informiert.

### Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation meiner medizinischen Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die mit meiner Behandlung zusammenhängenden medizinischen Daten (Behandlungsdaten und Befunde) von den beteiligten Ärzten gemeinsam dokumentiert werden. Die Dokumentation erfolgt so, wie es mir dargestellt und in den mir übergebenen Informationsmaterialien beschrieben wurde. Sie dient ausschließlich dazu, die Qualität meiner Behandlung zu sichern.

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärzte meine Daten aus der Dokumentation abrufen und nutzen, soweit es für meine konkret anstehende Behandlung erforderlich ist. Die Ärzte unterliegen dabei der beruflichen Schweigepflicht. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. In diesem Fall werden die gewährten Zugriffs- und Einsichtsrechte auf die Dokumentation gelöscht.

### Einwilligung in die Arztbindung

Ich verpflichte mich, während der Dauer meiner Teilnahme für die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen

Versorgungsauftrags nur die vertraglich gebundenen Ärzte und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung in Anspruch zu nehmen. Die TK behält sich die Möglichkeit vor, anhand von Abrechnungsdaten die Teilnahme am Versorgungsangebot und die Erfüllung des im Vertrag umschriebenen Versorgungsauftrags durch die vertraglich gebundenen Leistungserbringer zu prüfen und die Teilnahme bei Nichteinhaltung zu beenden. Im Übrigen bleibt mein Recht auf freie Arztwahl unberührt.

### So kann ich teilnehmen

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der TK widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an die TK absende. Die Teilnahme an dem Vertrag kann ich jederzeit innerhalb von vier Wochen zum Quartalsende kündigen.

### Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann aber nicht mehr möglich.

Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die Ärzte die Daten Name, Vorname, Geschlecht, Kontaktdaten, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihr Wert; dokumentierte Leistungen, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 sowie Vertragsdaten an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung:



Ort, Datum

Stempel der ärztlichen Einrichtung

Unterschrift TK-Versicherte/r / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift aufklärende/r Ärztin/Arzt